UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936 N° 69

Lymphogranulomatose ano-rectale

(Maladie de Nicolas-Favre)

à type de rétrécissement du rectum

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Novembre 1936

PAR

Max IRAT

MEMBRES DU JURY	MM. ROQUES	*Président.*
	SERR, BOULARAN, MOREL (L.)	*Assesseurs.*
	SOREL (R.)	*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE BERTHOUMIEU
41, RUE RIQUET, 41

1936

Lymphogranulomatose ano-rectale

(Maladie de Nicolas-Favre)

à type de rétrécissement du rectum

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936 N° 69

Lymphogranulomatose ano-rectale

(Maladie de Nicolas-Favre)

à type de rétrécissement du rectum

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Novembre 1936

PAR

Max IRAT

Membres du Jury	MM. ROQUES		*Président.*
	SERR		
	BOULARAN		*Assesseurs.*
	MOREL (L.)		
	SOREL (R.)		*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE BERTHOUMIEU
41, Rue Riquet, 41

1936

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	BARDIER.
ASSESSEUR		DAMBRIN.
DOYEN HONORAIRE		ABELOUS.
PROFESSEURS HONORAIRES		SAINT-ANGE.
		BEZY.
		MARIE.
		MOREL.
		TAPIE.
		AUDEBERT.
		ESCAT.

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	VALLOIS.
Histologie et Embryologie		ARGAUD.
Anatomie pathologique		TAPIE (J.).
Pathologie générale et expérimentale		BARDIER.
Bactériologie		RISPAL.
Pathologie interne		SERR.
Hygiène et Médecine préventive	MM.	LAFFORGUE.
Médecine légale		SOREL (E.).
Clinique médicale		DALOUS.
		LAPORTE.
Clinique chirurgicale et gynécologie		MERIEL.
Clinique chirurgicale		DAMBRIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		CAUBET.
Clinique médicale infantile et puériculture	Mlle	CONDAT.
Clinique de neurologie et psychiatrie	MM.	RISER.
Clinique ophtalmologique		GORSE.
Physique biologique et médicale		ESCANDE.
Chimie et Toxicologie		MOOG.
Pharmacie		RIBAUT.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROQUES.
Botanique et Matière médicale		MAURIN.
Clinique obstétricale		GARIPUY.
Physiologie		SOULA.
Clinique du cancer		DUCUING.
Clinique des Voies urinaires		MIGINIAC.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie topographique	MM.	DIEULAFE.
Chimie		VALDIGUIE.
Anatomie		CLERMONT
Histoire naturelle pharmaceutique		MARTIN-SANS.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques (Agrégé libre)		NANTA.
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie		BRUSTIER.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM.	GARIPUY.
Chimie pathologique		VALDIGUIE.
Pharmacologie		SOULA.
Chimie minérale		VALDIGUIE.
Cryptogamie		MARTIN-SANS.
Zoologie		VALLOIS.
Stomatologie		CADENAT.
Physique Pharmaceutique		BUGNARD.
Chimie organique		BRUSTIER.
Dermatologie et Syphiligraphie		CHATELLIER.
Législation pharmaceutique		MAURIN.
Botanique		MARTIN-SANS.
Otorhinolaryngologie		CALVET.
Parasitologie		N...

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Histologie	MM.	CALVET.
Physiologie		DELAS.
		SENDRAIL.
Médecine		SOREL (Raymond).
		MOREL L.
		ANDRIEU.
		MERIEL P.
Chirurgie		LEFEBVRE.
		BOULARAN.
		FABRE P.
Obstétrique		GUILHEM.
Pharmacie		FLORENCE.
Physique médicale		BUGNARD.
Secrétaire de la Faculté		RENARD.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération en date du 12 mai 1891)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MES GRANDS-PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ÉTIENNE ROQUES

Professeur d'Hydrologie Thérapeutique et de Climatologie
à la Faculté de Médecine de Toulouse,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre.

En hommage de reconnaissance, pour la grande bienveillance et les conseils éclairés qu'il n'a cessé de nous témoigner durant toutes nos études médicales.

Il a bien voulu nous honorer en nous chargeant de ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression sincère de nos bien vifs remerciements et de notre respectueuse sympathie.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERR

Professeur de Pathologie Interne à la Faculté,
Chevalier de la Légion d'honneur.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOULARAN

Professeur Agrégé à la Faculté,
Chevalier de la Légion d'honneur.

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. MOREL

Professeur Agrégé à la Faculté.

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. SOREL

Professeur Agrégé à la Faculté.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES FABRE

Pour les examens histologiques et les renseignements qu'il a bien voulu nous donner à ce sujet, nos plus sincères remerciements.

CHAPITRE PREMIER

LE RÉTRÉCISSEMENT ANO-RECTAL INFLAMMATOIRE

Les diverses étiologies et conceptions.

La réaction de Frei : son importance.

Sous le terme de rétrécissement du rectum, les auteurs ont décrit des lésions anatomo-pathologiques souvent bien différentes, se traduisant de même par des signes qui eux aussi sont fort dissemblables.

Ils ont groupé ces différentes lésions, car dans leur étude aussi bien clinique qu'anatomique, un ou plusieurs caractères sont constants : c'est tout d'abord l'existence, au niveau du rectum, du « rétrécissement », c'est-à-dire de la diminution de calibre de la lumière intrarectale,

Souvent peu marquée, cette diminution peut parfois réduire le rectum à un minuscule canal filiforme.

C'est, d'autre part, au point de vue fonctionnel, une gêne plus ou moins accentuée dans la défécation. Celle-ci d'ailleurs s'accompagne d'une émission de glaires sanguinolentes et d'un écoulement muco-purulent.

Ces caractères essentiels, se retrouvent dans toutes les affections que l'on a groupées sous le vocable de rétrécissement ano-rectal.

Évidemment, les signes d'accompagnement inhérents à chaque forme étiologique de la maladie sont bien différents. Ainsi la douleur, le ténesme, les modifications de l'état général, seront plus ou moins accentuées, parfois même feront complètement défaut. Mais les signes essentiels dont nous venons de parler seront, eux, absolument constants avec cette variante qu'ils seront d'intensité plus ou moins accentuée.

Jusqu'à ces dernières années, les auteurs classiques décrivaient deux grandes variétés de rétrécissements du rectum. D'une part, les rétrécissements congénitaux, d'autre part les rétrécissements inflammatoires, encore appelés rétrécissements acquis.

Des rétrécissements congénitaux, nous ne nous en occuperons pas dans ce travail. Ce sont des malformations ano-rectales, qui ne peuvent être comprises et interprétées qu'en les rapportant aux phases successives du développement embryon-

naire. Leurs diverses espèces, en effet, représentent, soit l'état permanent d'un de ces stades, soit une perturbation dans l'ordre logique de leur succession.

Leur étude, même au point de vue clinique, relève plutôt du domaine de l'embryologie pure.

Nous nous bornerons donc à étudier quelques données nouvelles, sur le chapitre si intéressant que forment les rétrécissements acquis, dits « inflammatoires ».

Il était classique, il y a quelques années encore, au point de vue de leur étiologie, de diviser les rétrécissements inflammatoires en quatre grandes variétés.

La lésion des tuniques rectales provenait :

1° Soit d'une cicatrice;

2° D'une lésion tuberculeuse de type scléreux;

3° D'une atteinte gonococcique des muqueuses ano-rectales;

4° Enfin et surtout, d'un syphilome ayant subi la transformation fibreuse.

Les rétrécissements cicatriciels sont d'ailleurs rares et leur compréhension en est facile. Ils succèdent à des plaies accidentelles ou chirurgicales, à des ulcérations du rectum, de nature banale. Partant, leur étude est moins intéressante et nous ne nous en occuperons pas.

Les rétrécissements consécutifs à des lésions tuberculeuses sont extrêmement rares. Et cependant, la tuberculose se constate fréquemment, lorsqu'on

pratique l'autopsie de sujets porteurs d'un rétrécissement du rectum.

Les rétrécissements gonococciques s'observent. Mais dans la plupart des cas, il s'agit de sténoses peu serrées, et leur principal symptôme est l'écoulement muco-purulent, dans lequel on retrouve facilement des gonocoques.

Au point de vue clinique, l'intérêt, pour les classiques, se concentrait surtout sur la quatrième variété : c'est-à-dire le rétrécissement syphilitique.

Au sujet de ce dernier, TRÉLAT et surtout FOURNIER avaient émis une hypothèse extrêmement séduisante. Ils considéraient le rétrécissement rectal comme un accident constitutionnel de la syphilis. Il y aurait d'abord syphilome ano-rectal avec hyperplasie interstitielle. Puis la gomme, au lieu de se ramollir, subirait la transformation scléreuse et déterminerait par rétraction, une sténose fibreuse.

A cette conception s'opposait celle de GOSSELIN et DUPLAY. Ces auteurs voyaient dans le rétrécissement une lésion d'ordre purement inflammatoire : la syphilis ne jouerait qu'un rôle indirect en ouvrant la porte à l'infection, condition pathogène, par le chancre ou la plaque muqueuse.

Ainsi se développerait une rectite chronique ascendante, pouvant aboutir à une formation fibreuse et à un rétrécissement consécutif du rectum.

MALASSEZ, DELBET et HARTMANN, dans leurs études histologiques, ont établi l'existence réelle de cette rectite sténosante. Ils ont montré l'importance

du processus inflammatoire banal, ayant pour origine et point de départ une infection au niveau d'une lésion locale, syphilitique, tuberculeuse ou blennorragique.

Telles étaient ces dernières années, les conceptions classiques dans l'étiologie des rétrécissements du rectum.

Cependant, beaucoup de lésions ano-rectales du type dit « rétrécissement du rectum » ne correspondaient pas en réalité aux étiologies précitées. Dans nombre de cas, on ne retrouvait aucun antécédent pouvant faire croire, soit à un élément cicatriciel soit à une étiologie tuberculeuse, gonococcique ou syphilitique.

Dans ces cas, répondant bien cependant au type de syphilome ano-rectal de Fournier, la réaction de Bordet-Wasserman, le Verne, le Kahn, le Meinicke étaient négatifs et le restaient malgré les réactivations.

Aussi, peu à peu, certains auteurs ont cru à une étiologie nouvelle. Et ceci d'autant que, dans nombre de cas douteux, on remarquait des antécédents tout à fait spéciaux. Très longtemps auparavant, ou bien d'une façon tout à fait récente, le sujet avait présenté des signes correspondant bien à ce que l'on a appelé la quatrième maladie vénérienne. C'étaient des malades ayant découvert soit un chancre du type mou, ou bien ayant présenté de grosses adénopathies indolores, ce que l'on a décrit sous le nom de poradénite inguinale, ou de manière plus

classique, de lymphogranulomatose inguinale, maladie de Nicolas-Favre et Durand.

Cette dernière affection, en tant que maladie purement vénérienne, c'est-à-dire sous la forme de chancre génital et de bubon inguinal, était déjà connue. Elle l'était de manière assez récente, après les travaux de Phylactos, élève de Nicolas, mais elle avait d'ailleurs été citée depuis longtemps déjà.

Aussi, bon nombre d'auteurs, considérant la lymphogranulomatose, non seulement comme une maladie vénérienne locale, mais aussi comme une infection générale, n'ont pas tardé à penser à elle, dans les cas de rétrécissements rectaux d'origine douteuse.

Frappés par la coexistence de lésions qui au point de vue anatomo-pathologique se rapprochent et en réalité se confondent avec celles de la lymphogranulomatose, lésions coexistant avec les antécédents faisant fortement suspecter les sujets de contamination à cette dernière affection, ils n'ont pas tardé à faire intervenir la lymphogranulomatose dans l'étiologie des rétrécissements ano-rectaux.

Aussi a-t-on ajouté une étiologie nouvelle dans la genèse des rétrécissements ano-rectaux, en faisant intervenir la lymphogranulomatose bénigne de Nicolas-Favre.

Ceci pourrait, au premier abord, paraître une hypothèse purement gratuite. Mais les constatations histologiques, l'inoculation à certains animaux, et surtout la réaction de Frei, viennent donner à cette hypothèse une valeur de réalité.

C'est surtout grâce à cette réaction de Frei que l'on a pu affirmer la nature de certains rétrécissements à étiologie jusque-là douteuse. Beaucoup de manifestations éléphantiasiques et d'ano-rectites sténosantes qui rentraient jusqu'alors dans le cadre du syphilome ano-rectal de Fournier, ne sont plus considérées que comme des formes aberrantes de la maladie de Nicolas-Favre, par cette réaction. Elle nous est très précieuse. Il s'agit d'une intradermo-réaction. « Si l'on injecte par voie intracutanée, « dans le bras d'un sujet suspect, du pus d'un « ganglion lymphogranulomateux non fistulisé, « étendu de cinq fois son volume d'eau salée phy- « siologique et stérilisée par le chauffage répété « à 60°, il se développe dans les quarante-huit heu- « res chez les sujets atteints de mladie de Nicolas- « Favre une très forte réaction inflammatoire, alors « qu'on n'observe qu'une légère rougeur chez les « sujets sains ou atteints d'une autre affection gan- « glionnaire. »

Cette réaction pratiquée chez les sujets porteurs d'un rétrécissement du rectum, du type syphilome de Fournier a été très souvent trouvée positive. Aussi Frei et Koppel en 1928, Jersild en 1930, n'ont pas hésité à affirmer l'identité des lésions lymphogranulomateuses avec les ano-rectites décrites par Fournier comme d'origine syphilitique.

Nicolas-Favre, Massia et Lebeuf ont voulu faire la preuve de cette hypothèse. Avec un antigène tiré d'une forme ano-rectale de la maladie, ils

ont obtenu une intradermo-réaction positive dans une lymphogranulomatose typique.

Leurs épreuves ont été pratiquées à partir d'un antigène préparé selon la technique de FREI et obtenu par prélèvement de pus à l'orifice d'une forme ano-rectale. Elles ont donné lieu à la formation de papules indurées, surélevées, traduisant un état d'allergie vis-à-vis de l'antigène employé.

Ces épreuves sont intéressantes en ce sens qu'elles constituent un argument de plus, en faveur de la théorie de FREI et KOPPEL, reprise ensuite par JERSILD. Le fait d'avoir obtenu chez des malades atteints de maladie de Nicolas-Favre, des réactions positive avec le pus de pseudo-syphilomes ano-rectaux prouve bien que ces pseudo-syphilomes sont de nature lymphogranulomateuse.

Ainsi, de 1929 à 1931, vingt-quatre cas de syndrome génito-ano-rectal, avec ou sans rétrécissement du rectum ont été reconnus, par un FREI positif, comme d'origine lymphogranulomateuse. La réaction a été trouvée fortement positive, quatre fois par FREI et KOPPEL (1929), une fois par KOPPEL, ainsi que par BRINITZER et SAMECK. FISTER l'a vue deux fois positive, JERSILD cinq fois, BARTHELS et BIBERSTEIN sept fois. GREGORIO Y GARCIA SERRANO en a publié trois cas en mai 1931.

Depuis, de temps à autre, quelques cas sont publiés, soit dans des revues de médecine générale, ou dans les Bulletins de Dermatologie.

Ainsi, à l'étiologie classique des rétrécissements du rectum, il est tout à fait normal d'ajouter une

étiologie nouvelle : la lymphogranulomatose bénigne, dont maints rétrécissements constituent une forme aberrante de la maladie.

C'est pourquoi, dans les quelques lignes qui vont suivre, nous avons cru bon de décrire ces rétrécissements lymphogranulomateux et leurs particularités qui nous semblent assez intéressantes.

CHAPITRE II

LE RÉTRÉCISSEMENT D'ORIGINE LYMPHOGRANULOMATOSIQUE

A) Étiologie.

La maladie de Nicolas-Favre a été très longtemps considérée comme un simple bubon vénérien, succédant à un accident primitif qui était le chancre lymphogranulomatosique. Mais on n'a pas tardé à s'apercevoir qu'il ne s'agissait pas d'une maladie purement locale, mais d'une véritable maladie générale, à localisation extra-génitale : en particulier on observe assez fréquemment la forme ano-rectale que nous étudions ici, s'accompagnant d'un rétrécissement du rectum.

Cette lymphogranulomatose bénigne est une maladie infectieuse et contagieuse se transmettant à l'occasion des rapports sexuels et déterminant

dans l'organisme un état d'allergie bien mise en évidence par l'intradermo-réaction de Frei. L'agent de contamination est un virus qui est contenu dans le pus des ganglions non fistulisés. Sa transmission est exclusivement vénérienne. Dans la forme ano-rectale, les lésions de la muqueuse jouent un rôle d'appel certain.

La maladie s'observe un peu partout, mais surtout dans les pays chauds, particulièrement d'avril en août, à l'époque des « liesses publiques ».

Elle frappe plus souvent la femme que l'homme, mais s'observe avec prédilection chez les « collectionneurs de maladies vénériennes ».

L'accident primitif est le chancre, qui très souvent passe inaperçu, même lorsque la localisation est vénérienne et à plus forte raison lorsqu'il s'agit d'une forme ano-rectale.

Le chancre, d'ailleurs, peut revêtir plusieurs aspects. Phylactos, dans sa thèse, signale les différents types de chancres.

On peut observer un type ulcéreux superficiel : c'est le chancre herpétiforme. On trouve là une ulcération superficielle, lenticulaire, à fond rouge. Les bords sont taillés à pic, mais ne sont pas décollés. Il n'y a presque pas de suppuration, mais présence d'une sérosité claire. La lésion non prurigineuse est très souvent multiple et des poussées successives se produisent.

On observe également une forme papuleuse. Le chancre fait une saillie à relief très net. De dimension minime, sa surface est érodée, creusée légère-

ment en cupule. C'est une exulcération superficielle, à bords nets, à fond rouge, entourée d'une zone infiltrée faiblement consistante.

Ravaut, Scheikeveicht, Héraux, ont décrit une forme nodulaire. Au début, il s'agit d'une papule qui au lieu de s'ulcérer donne naissance à un nodule fibreux. Celui-ci grossit, s'indure de plus en plus, mais à la fin ramollit et suppure.

Dans sa localisation ano-rectale, la maladie de Nicolas-Favre donne lieu à un rétrécissement. Celui-ci peut s'observer très tôt au moment du chancre et coïncide souvent avec une poradénite inguinale en activité. Il s'agit là d'une forme primitive, d'un rétrécissement qui est le premier symptôme de la maladie. Ainsi le rétrécissement se manifeste avant tout autre signe pouvant faire penser à la maladie de Nicolas-Favre.

Ou bien il s'agit d'un sujet que l'on sait depuis longtemps atteint de l'ymphogranulomatose ano-rectale. Jusque là il s'agissait d'une simple ulcération avec débacles muco-purulentes ou d'une forme anale éléphantiasique. Puis au bout de quelques mois, parfois même après plusieurs années, un rétrécissement rectal s'installe avec tous les signes nets correspondant à cette affection. On a alors le rétrécissement secondaire succédant mais de très loin à l'accident primitif.

B) Symptomatologie.

Au point de vue clinique, le rétrécissement ano-rectal d'origine lymphogranulomateuse, n'a pas de symptômes à proprement parler spécifiques. Hormi la réaction de Frei, seule pathognomonique, il ne se manifeste que par des symptômes qui sont communs à tous les rétrécissements rectaux. Cependant, le début peut déjà faire penser à l'étiologie lymphogranulomateuse.

I. Début.

Il s'agit, la plupart du temps d'un malade qui fait une poussée de diarrhée suivie d'une longue période de constipation, avec selles dures, ovillées et glaireuses. Le malade va à la selle de plus en plus difficilement et cela malgré les laxatifs variés.

La notion de contagiosité est parfois fournie par le malade lui-même et il est possible de retrouver chez le partenaire actif une maladie de Nicolas-

Favre. Dans ces cas, le doute n'est plus possible et l'on pense à l'étiologie lymphogranulomateuse. Cette éventualité est à la vérité exceptionnelle, car les habitudes d'inversion sont rarement avouées.

II. Période d'état.

A la période d'état, le malade présente des selles pénibles. Les matières sont déformées, laminées, diminuées de calibre. A plusieurs reprises, le malade constate que ses matières sont suivies d'un peu de sang rouge. Entre les selles, les douleurs abdominales se manifestent, à type de coliques intestinales, sensation de ténesme, pesanteur rectale et faux-besoins. Un suintement rectal muco-sanguinolent s'établit; on l'observe un peu pendant les défécations, mais surtout dans l'intervalle, ce dont le malade se plaint très souvent. Dans certains cas, les manifestations sont celles de la recto-signioïdite ulcéreuse.

Tous ces signes font penser à l'existence d'une lésion ano-rectale. Aussi, naturellement, le praticien est-il porté à faire un toucher. Celui-ci montre à cinq ou six centimètres du sphincter l'existence d'un rétrécissement dont l'orifice présente à peu près le diamètre du petit doigt. L'extrémité de l'index peut y pénétrer légèrement, mais y est comme fixée par un anneau élastique. Les bords du rétrécissement sont réguliers, la muqueuse sous-jacente est

souple et le rétrécissement lui-même, dans la plupart des cas, repose sur une paroi très souple. L'existence du rétrécissement est confirmée par le rectoscope qui en montre l'orifice limité par un bourrelet muqueux plus ou moins accentué.

Procédant alors à un examen attentif du malade, on voit une déformation des deux plis inguinaux, qui sont empâtés. Au palper, on peut retenir deux ou trois ganglions profonds et quelquefois on sent l'empâtement fuser un peu dans la profondeur.

C'est le type de rétrécissement que l'on observe la plupart du temps. Un bel exemple nous en est fourni par l'observation que LEVADITI et LOEDERICH ont rapporté à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (24 juin 1932).

En voici la synthèse :

M^me^ R..., 29 ans, entre à l'hôpital Necker en décembre 29, pour des troubles intestinaux datant déjà de six mois. Rien dans les antécédents de la malade. Le début s'est fait par une rectoragie abondante. Depuis la malade présente un suintement muco-sanguinolent, pendant et dans l'intervalle des défécations. Se manifestent aussi des douleurs abdominales par crises, à type de coliques intestinales, avec sensation de ténesme et faux besoins.

On note des alternatives de constipation et de diarrhée. Depuis quelques temps les défécations sont pénibles, les matières rubannées et aplaties.

A l'inspection, rien d'anormal ne s'observe à la région périnéo-ano-vulvaire. Au toucher, on trouve un rétrécissement siégeant à 5 centimètres de l'anus. La rectoscopie montre une muqueuse enflammée, granu-

leuse, couverte de pus jaunâtre et sanguinolent. Dans le pus, pas de gonocoques, ni de bacilles de Ducrey à l'examen microscopique. Rien du côté génital, pas d'adénopathie.

Hecht et Wassermann négatifs.

Traitement arsenico-bismuthé : sans effet.

Traitée et améliorée par la diathermie et des dilatations successives, la malade sort. Elle revient en janvier 1932.

A ce moment :

Frei nettement positif.

L'examen histologique d'un lambeau de muqueuse montre : Epithélium hypertrophié avec de fines vésicules contenant des polynucléaires.

Tissu sous-épithélial : Gros mononucléaires, lymphocytes, cellules plasmatiques. Le stroma est dissocié par des polynucléaires.

L'inoculation au cobaye donne lieu à une adénopathie. Le ganglion prélevé chez ce dernier et injecté après émulsion au singe donne lieu aux réactions méningées typiques.

Nous pouvons aussi à ce même sujet signaler une observation de Sameck dans la *Presse Médicale* de 1932.

L'auteur nous rapporte le cas « d'une jeune femme de 23 ans, qui était venue consulter pour des troubles intestinaux. Ceux-ci avaient apparu depuis quelque temps déjà. Elle présentait aussi un écoulement de sang et de pus par l'anus. Cet écoulement se produisait pendant et dans l'intervalle des selles.

A l'examen, un peu d'infiltration périnéale. La réaction de Wassermann était négative .La recherche du

gonocoque était elle aussi restée sans résultat. Par contre le Frei était nettement positif.

Nous tenons enfin à signaler l'observation de Nicolas-Favre-Lebeuf-Weigert, publiée dans le *Bulletin de Dermatologie* de 1931.

X..., homme âgé de 37 ans. Le sujet consulte pour troubles de la défécation et suintement ano-rectal sanguinolent.

Au toucher : mise en évidence d'un rétrécissement ano-rectal avec masses éléphantiasiques péri-anales.

Examen de laboratoire :

Pas de gonocoques.

Traitement anti-syphilitique: Ne donne aucune amélioration.

La réaction de Frei est fortement positive.

Nicolas conclut à une lymphogranulomatose bénigne et va essayer la radiothérapie.

III. Formes cliniques.

Cependant la nature anatomo-histologqiue de la lésion peut nous permettre de décrire certaines variétés qui sont autant de formes cliniques de rétrécissement ano-rectal.

Dans la forme dite ulcéreuse. le malade se plaint surtout de ténesme et présente un écoulement muco-sanguinolent abondant. Au toucher légèrement dou-

loureux le rétrécissement paraît peu serré, et le doigt trouve sur une base saillante une dépression en cupule.

Dans une autre forme, l'écoulement est nul, mais au doigt on butte sur un anneau serré inextensible, dur, gênant fortement le malade dans l'émission des selles. C'est la forme dite fibreuse.

Bensaube et Lambling ont aussi signalé une forme hypertrophique. Celle-ci se manifeste par une rectorragie abondante à l'occasion et même dans l'intervalle des selles. Au toucher, on sent des bourgeons charnus développés sur un bourrelet muqueux qui forme rétrécissement. La muqueuse saigne légèrement à l'attouchement. Le rectoscope, même de petit calibre, passe difficilement le point rétréci.

A côté de ces formes qui s'observent assez fréquemment, on peut trouver des rétrécissements rectaux à allure tout à fait particulière.

Tout d'abord, nous verrons des sténoses évoluer avec des signes associés.

Ainsi, chez la femme, Jersild, à Copenhague, a décrit un syndrome complet génito-ano-rectal, où le rétrécissement du rectum s'accompagne d'esthiomène vulvaire et d'éléphantiasis très accentué. En même temps, il y a de l'infiltration du périnée et des tissus voisins.

Ravaut et Senèque ont observé un rétrécissement du rectum évoluant avec des lésions de périmétrite et de salpingite d'origine douteuse pouvant

peut-être se rapporter à une localisation exceptionnelle de la maladie.

Dans le *Bulletin de Dermatologie* de 1934, Weissenbach, Martineau et Fourestier, rapportent une observation personnelle originale. Il s'agit d'un malade atteint de lymphogranulomatose ano-rectale et qui en même temps présente des lésions vulvaires, urétrales et vésicales s'accompagnant d'incontinence d'urine. Le Frei, chez ce malade, est nettement positif.

Enfin, les auteurs sont d'accord pour décrire des formes de maladie de Nicolas-Favre ou les localisations sont multiples. On observe à la fois et une poradénite inguinale et une ano-rectite chez un malade dont le Frei est nettement positif.

Levaditi et Mocquot ont attiré aussi l'attention sur une lésion du côlon, qui leur a paru, chez un de leurs malades, être l'aboutissant d'une atteinte lymphogranulomateuse du rectum, peu à peu remontée vers l'angle côlique. Le sujet, porteur de ces lésions, avait une intradermo-réaction également très nette. Voici l'observation résumée :

Mme Hélène M..., 27 ans, entre à l'Hôpital Bichat le 8 novembre 1929, pour douleurs abdominales, amaigrissement et difficulté des évacuations intestinales.

A l'examen, pas de grave lésion rectale, mais ballonnement et contractions péristaltiques apparentes.

Mocquot pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale et se trouve en présence de lésions de péricolite pelvienne. Il sectionne les adhérences. Bonnes suites opératoires. Le 15 décembre 1929, la malade sort.

Peu de temps après, elle constate qu'elle fait du sang par l'anus. Il en est ainsi jusqu'en 1931. En octobre 1931, elle souffre violemment de son abdomen avec constipation et ballonnement.

Le 8 janvier 1932, elle entre à Bichat où l'on découvre un rétrécissement du rectum siégeant à 6 centimètres au-dessus de l'anus. Depuis cette époque, jusqu'en novembre 1933, la malade maigrit et présente de nombreuses crises de diarrhée avec température élevée. Le 28 novembre 1933, on observe chez la malade des phénomènes de subocclusion. A ce moment, apparaît un abcès de la marge de l'anus qui laisse une fistule profonde. La malade considérablement amaigrie, se plaint de débacles purulentes et sanguinolentes se produisant par l'anus.

Elle quitte quelques mois l'hôpital mais doit rentrer en 1934 pour subir une intervention chirurgicale qui se termine par l'établissement d'un anus iliaque.

A l'examen opératoire, on voit nettement des lésions du colon de l'anse sygmoïde et du rectum.

Examen de laboratoire :

Le Bordet-Wassermann est négatif.

Le Frei, positif faible en février 1932, est très fortement positif en novembre 1934.

L'examen histologique d'une portion de muqueuse du colon pelvien montre :

Un vieil état inflammatoire avec suppuration.

Les culs de sac épithéliaux sont bourrés de leucocytes polynucléaires. Dans le chorion, les cellules lymphoïdes abondent, de même que dans la sous-muqueuse et la musculaire. Elles se retrouvent aussi avec de nombreux polynucléaires dans la couche sous-péritonéale.

On ne voit pas de cellules géantes.

Senèque a signalé dernièrement un rétrécissement du rectum s'accompagnant d'abcès périanaux et de fistules consécutives. Celles-ci donnent issue à un pus blanchâtre, visqueux et filant.

Voici, enfin, une observation inédite. Il nous a été possible de l'obtenir et même de suivre personnellement la malade qui en fait l'objet, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, dans le service de notre maître, Monsieur le Professeur Roques.

Originaire de la région bordelaise où elle a passé la plus grande partie de son existence, la jeune femme, âgée de 32 ans, qui entre à la salle Saint-Joseph en mars 1936, se plaint depuis 7 à 8 mois de troubles intestinaux persistants qui finissent par l'inquiéter tant par les douleurs ressenties que par l'état d'amaigrissement et d'asthénie qui en a été la conséquence. Le nombre de selles s'est progressivement élevé à 10 ou 12 par 24 heures : tantôt il s'agit d'expulsion de matières muco-purulentes souvent striées de sang, tantôt d'émission de quelques centimètres cubes de liquide purulent. En dehors d'une sensation permanente de pesanteur périnéale, de ténesme rectal, les épreintes sont fréquentes et la défécation est toujours douloureuse. Quel que soit le régime, ces manifestations de recto-colite persistent et ne sont pas sans apporter des perturbations sérieuses dans l'état général de la malade. Elle a notablement maigri et s'est anémiée; ses forces ont diminué et un facteur neuro-dépressif accentue encore son fléchissement physique.

L'examen, en dehors des manifestations recto-coliques ne décèle aucune lésion organique. L'abdomen est légèrement douloureux dans l'ensemble, mais la palpation appuyée provoque dans la fosse iliaque gauche une douleur assez pénible. Il n'existe aucune lé-

sion utéro-annexielle, cependant, le toucher rectal très douloureux fournit des renseignements importants. A bout de doigt, on perçoit un repli semi-lunaire, véritable diaphragme occupant les deux tiers à gauche de la lumière rectale. Le bord libre est mince mais souple et membraneux comme la base d'implantation elle-même : il s'agit manifestement d'une valvule anormalement développée; mais, après avoir contourné cette formation, le doigt perçoit une surface irrégulière orientée obliquement par rapport à l'axe, des dimensions d'une grosse amande, reposant sur une base légèrement infiltrée et indurée, à contours mal délimitables. L'exploration ramène du sang. La rectoscopie pratiquée consécutivement confirme l'existence d'une valvule semi-lunaire, sans aucun caractère pathologique; et un peu au-dessus et à gauche du diaphragme une ulcération plus grande que ne le laissait supposer le toucher : elle est peu profonde, de surface granuleuse, saignante, avec des contours nets, non décollés ni très saillants; une biopsie est pratiquée au niveau du rebord de l'ulcération. En voici les résultats :

L'épithélium de la muqueuse présente une couche basale normale avec métaplasie des couches suivantes. Il se produit un clivage au sein de la couche épineuse.

La portion la plus superficielle intéressée par la coupe est un stratum granulosum. On ne peut mettre en évidence aucune migration de polynucléaires, entre les cellules de la basale.

Le tissu conjonctif immédiatement situé au-dessous de la muqueuse est œdématié. On y rencontre quelques rares polynucléaires et des cellules conjonctives hyperplasiées. Au-dessous se trouve un infiltrat extrêmement dense formé surtout de cellules plasmatiques. On voit quelques rares polynucléaires avec des cellules conjonctives hyperplasiées, mais l'aspect général de l'infiltrat est celui d'un plasmocytome. Cette infiltra-

tion n'est pas à disposition périvasculaire et les quelques vaisseaux rencontrés dans la coupe ne présentent pas de lésions d'artérite. Leurs trois tuniques sont indemnes.

Enfin, à la partie la plus profonde de la coupe sont de petits abcès au niveau desquels on rencontre quelques noyaux pycnotiques de polynucléaires. Ces abcès sont situés en plein infiltrat, sans hyperplasie des fibres conjonctives voisines et sans qu'il y ait essai d'une limitation quelconque de la lésion.

L'examen des selles pratiqué à plusieurs reprises a porté sur des émissions de matières striées de mucopus et sur les nappes purulentes qui sont souvent émises à l'exclusion de toute matière fécale. Dans le champ du microscope, les polynucléaires abondent, mais aucun parasite n'a été décelable aux divers examens pratiqués sur les selles encore chaudes.

La gono-réaction est négative; en revanche, les réactions de Frei se montrent franchement positives et persistantes.

Les divers traitements mis en œuvre pendant deux mois ont amené une sédation manifeste : le nombre de selles a diminué ainsi que la purulence. Au nombre de trois à quatre par jour, elles ne sont plus douloureuses, mais il est impossible de considérer la guérison comme parfaite. La thérapeutique a consisté en administration de stovarsol par la bouche et de lavements de stovarsol (d'ailleurs le Bordet-Wassermann était négatif). Une thérapeutique locale au chlorure de magnésium, aux pansements mucilagineux avec poudre a été également instituée.

Les sels d'antimoine n'ont pas été utilisés. Au moment où l'on devait les employer et malgré nos conseils, la malade quitte l'Hôpital, promettant de se soumettre à une surveillance fréquente. Elle n'a plus été revue depuis son départ.

Nous avons rapporté cette observation qui nous est personnelle et qui nous semble, de par la clinique et la réaction de Frei, devoir rentrer dans le cadre de la lymphogranulomatose ano-rectale. Elle nous paraît intéressante, car elle nous démontre une fois de plus que le virus lymphogranulomateux peut donner lieu à des lésions ulcéreuses du rectum.

C) Diagnostic positif.

Clinique. — Réaction de Frei.
Anatomie pathologique. — Expérimentation.

Le diagnostic de la lymphogranulomatose ano-rectale peut être facile quand existent avec elle les manifestations génitales ou inguinales en activité; difficile quand elle se manifeste comme seule lésion de lymphogranulomatose. Il se pose dans des conditions différentes suivant qu'il s'agit d'ulcérations simples (observation personnelle) ou d'une forme sténosante.

Sans doute, les antécédents du malade, son interrogatoire un peu poussé au sujet de ses habitudes sexuelles pourraient conduire sur la voie du diagnostic. En faveur de la maladie de Nicolas-Favre, plaideraient également l'absence de toute étiologie bien précise : cicatrice, tuberculose, blennoragie et surtout syphilis.

Un autre symptôme également nous serait très

utile. C'est la constatation d'une adénopathie, parfois très volumineuse et absolument indolore, avec intégrité à peu près absolue de l'état général.

La rectoscopie nous serait elle aussi d'un précieux appoint. Elle nous montrerait la nature anatomique du rétrécissement et l'état de la muqueuse avoisinant la lésion.

Mais avec les seules ressources de la clinique, il nous est absolument impossible de poser le diagnostic de rétrécissement ano-rectal d'origine lymphogranulomateuse. La clinique ne peut nous fournir que quelques vagues indices : c'est au laboratoire qu'il appartient de nous faire connaître la véritable étiologie de l'affection dont nous recherchons la cause.

Parmi les multiples ressources de laboratoire que nous pouvons mettre en œuvre, c'est surtout à la recherche de l'allergie que pratiquemment nous aurons recours. Par cette épreuve, nous tâcherons de mettre en évidence, dans l'organisme du sujet suspect, un état d'allergie vis-à-vis d'un antigène spécifique de la maladie de Nicolas-Favre.

C'est là le principe de la réaction de Frei dont la technique a été déjà donnée dans un chapitre précédent. Pour avoir une valeur absolument réelle, la réaction de Frei ne doit être lue que le troisième ou le quatrième jour. Son extension marquée après ce délai et sa persistance au moins huit ou dix jours sous la forme de la papule qui en est l'élément typique, constituent le plûs sur garant d'un résultat positif.

Cependant, comme le font remarquer BENSAUDE et LAMBLING, dans les lésions ano-rectales, la réaction est moins franche que dans les formes inguinales pures. De plus, pour pouvoir être sûr du résultat, chaque épreuve de FREI doit être doublée d'une injection intradermique de vaccin anti-chancrelleux (DMELCOS) pour servir de témoin et de test diagnostique.

Chez un malade atteint de lésions ano-rectales, si les réactions de Wassermann et si le Dmelcos ne donnent rien, alors que le FREI est plus ou moins nettement positif, il semble rationnel de penser à une origine lymphogranulomateuse.

Pour accroître encore la valeur du FREI, le laboratoire nous offre alors une garantie de plus par l'examen biopsique d'un fragment de muqueuse prélevé au siège de la sténose, soit encore l'examen d'un ganglion hypertrophié tributaire du territoire lésé. L'examen de la muqueuse rectale nous donnera déjà de précieux renseignements. L'épithélium est fortement hypertrophié avec, en surface, de petites vésicules à liquide plus ou moins louche, très riche en polynucléaires. Le tissu sous-épithélial semble presque uniquement formé de vaisseaux capillaires de néoformation. Ces vaisseaux sont entourés de gros mononucléaires, de lymphocytes et de cellules plasmatiques. Les capillaires sont congestionnés et turgescents. Autour d'eux, le stroma est dissocié par de la lymphe et des polynucléaires.

La couche musculaire est elle aussi très œdé-

matiée, avec de nombreuses formations lymphoïdes. Cet œdème de congestion se retrouve aussi dans la couche sous-péritonéale, ou les cellules lymphoïdes et les polynucléaires abondent. Par contre, on ne rencontre ni cellules géantes, ni organismes microbiens.

Etudiant ensuite les ganglions que nous aurons pu prélever, nous constaterons qu'il existe un très grand polymorphisme des lésions macroscopiques.

Au sein de la même masse ganglionnaire, on trouvera tous les stades depuis le premier nodule d'induration « lie de vin » jusqu'au stade de suppuration. Si une suppuration s'est établie depuis un certain temps déjà, le développement du tissu conjonctif périadénitique sera considérable. L'adénite aura un aspect dur, fibreux, squirrheux. Dans la zone périganglionnaire les trajets lymphatiques sont indurés et entourés d'une zone fibreuse plus ou moins dense.

Au point de vue histologique, suivant la région ganglionnaire observée, les lésions sont variables : simple congestion et hyperplasie inflammatoire, abcès et gommes. Dans le tissu cellulaire du ganglion se sont développées de larges nappes d'inflammation conjonctives, avec infiltrats lymphoplasmatiques, donnant lieu à la formation d'un plasmome. Dans l'infiltrat, il y a présence de cellules à aspect de « cellules géantes ».

Les abcès sont bourrés de grands mononucléaires acidophiles, ou macrophages, et leurs cellules présentent le phénomène de la pycnose. A l'intérieur

de leur protoplasma, les inclusions cellulaires nombreuses, se colorent par l'hématéine-éosine en violet. Les dimensions de ces masses chromatophiles sont très variables.

Le processus inflammatoire dissocie également les tuniques des artères et des veines. Il peut arriver à englober toute l'épaisseur de la paroi vasculaire et même à oblitérer la lumière du vaisseau.

Quant aux lymphatiques, ils sont indurés et entourés de tissu fibreux très dense.

Enfin, le laboratoire dispose d'un autre moyen propre à éclairer le diagnostic, et qui est de très grande valeur au cas de lymphogranulomatose, c'est l'inoculation soit à l'homme ou aux animaux.

A la Clinique neurologique de la Salpêtrière, Levaditi a pratiqué l'inoculation d'une souche de virus lymphogranulomateux provenant d'un cas de rectocolite primitive, dans les ganglions inguinaux d'un paralytique général. Il a ainsi déterminé une tuméfaction ganglionnaire avec périadénite. Ceci a provoqué un état allergique spécifique, vis-à-vis non seulement d'un antigène de Frei, préparé avec cette même souche, mais encore, fait hautement important, à l'égard d'un autre antigène élaboré avec une souche lymphogranulomateuse, isolée chez un sujet atteint de la maladie de Nicolas-Favre et entretenu par des passages sur le singe.

Une inoculation semblable chez un autre paralytique général par voie transcutanée, dans le prépuce, a déclanché *in situ* une collection purulente locale, accompagnée d'adénopathie inguinale bila-

térale. Le Frei pratiqué alors s'est montré très fortement positif chez ce malade.

Mais ces expériences ne peuvent pas être d'un emploi courant. Car il est, pour de multiples raisons, difficile et même dangereux de tenter des expériences sur un être humain.

Aussi, a-t-on eu recours aux animaux de laboratoire; et même ici, la tâche de l'expérimentateur reste encore assez ardue. Car le matériel qui lui est nécessaire se montre assez rare. L'animal de choix, pour les inoculations de la lymphogranulomatose, étant le grand singe anthropoïde qu'il est assez malaisé de se procurer. C'est pourtant chez cet animal que les inoculations donnent lieu à des lésions absolument typiques. L'injection intracérébrale au singe d'une émulsion de ganglion lymphogranulomateux détermine une méningo-encéphalite, rapidement mortelle dans la plupart des cas. Quand l'animal ne succombe pas dans les dix jours, on voit s'installer chez lui des signes traduisant bien l'irritation méningée. Si vers le quinzième jour environ, nous sacrifions notre sujet d'expérience et si nous faisons l'inventaire de ses lésions cérébales, nous constaterons avec plus ou moins de netteté les signes suivants :

L'écorce antérieure présente des lésions de méningite monocytaire avec début de lymphome périvasculaire. L'écorce postérieure a le même aspect avec en plus de gros mononucléaires. La corne d'Ammon est le siège d'une méningite lymphocy-

taire avec de nombreuses cellules plasmatiques et de grands mononucléaires.

Pour la lymphogranulomatose ano-rectale, il est plus prudent, avant d'inoculer au singe le fragment de muqueuse prélevé, d'injecter ce dernier après émulsion, à un cobaye par voie sous-cutanée, au niveau de la paroi abdominale. On évite ainsi l'erreur d'une infection secondaire surajoutée.

Chez le cobaye ainsi préparé, nous verrons au bout de sept à quinze jours, se développer une adénopathie inguinale, volumineuse, indolente et qui ne parvient que rarement au stade de suppuration. Le produit de broyage d'un ganglion prélevé à ce moment chez l'animal, servira à pratiquer une injection intracérébrale chez le macaque. On voit alors celui-ci présenter les lésions de méningo-encéphalite que nous avons déjà signalées.

Certains auteurs prétendent avoir obtenu la même adénopathie chez la souris, mais ici les résultats des inoculations ainsi obtenus sont extrêmement inconstants et ne paraissent pas être d'une très grande valeur.

D) Diagnostic étiologique.

Le diagnostic étiologique nous est donc fourni par l'examen clinique et les épreuves biologiques. La seule réaction de FREI ne suffit pas, en effet, à affirmer l'origine lymphogranulomateuse; car il n'est pas impossible de concevoir que chez un ancien lymphogranulomateux se superposent des lésions actives d'une autre origine.

Il est donc nécessaire, non seulement de rechercher l'étiologie de la lymphogranulomatose, mais il est aussi indispensable d'éliminer les autres facteurs qui pourraient créer des lésions identiques. Ceux qui interviennent le plus fréquemment sont : la syphilis, la tuberculose et la blennorragie.

Pour la syphilis, son rôle, comme on le voit, est, après les travaux de JERSILD, de BENSAUDE et de LAMBLING, fortement diminué. Ces auteurs en sont arrivés à confondre en une seule affection la lymphogranulomatose ano-rectale et le syphilome ano-rectal de Fournier.

Cependant, avec GOURGEROT, il faut reconnaître

que la syphilis a aussi son rôle, très important, dans la genèse des rétrécissements ano-rectaux.

La blennorragie et la tuberculose sont plus rares et le laboratoire avec l'aide de la clinique permettent de fixer leur action pathogène.

Il ne reste donc en plus des causes précédentes incriminées que la lymphogranulomatose en pratique. Certes, d'autres affections peuvent, à titre exceptionnel, occasionner une sténose du rectum. Ce sont les nocardioses, la dysenterie amibienne, la bilharziose, la lèpre. Mais leur fréquence est si rare et leur diagnostic si difficile qu'on peut, semble-t-il, les passer sous silence.

C'est donc à la maladie de Nicolas-Favre que nous penserons après élimination de la syphilis, de la tuberculose et de la blennorragie.

Ce diagnostic nous sera permis, si après les signes cliniques pathognomoniques observés, l'examen histologique et biopsique, l'inoculation au singe et le Frei viennent confirmer notre hypothèse : et cela après que les autres réactions visant les diverses étiologies possibles, en particulier la syphilis, sont retées négatives à plusieurs reprises.

E) Diagnostic différentiel.

Selon que la lymphogranulomatose rectale se manifeste sous forme ulcéreuse ou sous forme sténosante, les problèmes diagnostiques se posent d'une façon différente.

Dans la forme ulcéreuse, la maladie de Nicolas-Favre peut être confondue avec toutes les lésions qui affectent la muqueuse de la portion terminale du gros intestin : recto-colites infectieuses, parasitaires, traumatiques et cryptogénétiques.

C'est évidemment la forme la moins fréquente et la plus souvent méconnue. Les observations, à l'heure actuelle en sont rares et il est difficile de lui asigner des caractères cliniques, sinon spécifiques, du moins révélateurs. La connaissance de cette forme doit nous inciter, en présence d'une recto-colite à lésions isolées, à rechercher par les moyens déjà exposés l'origine lymphogranulomateuse. La recherche systématique de cette étiologie appliquée à certaines recto-colites ulcéreuses pourrait peut-être déceler une plus grande fréquence de la loca-

lisation rectale de la maladie de Nicolas-Favre.

Au début, alors que le malade se plaint de constipation, alternant avec des débacles plus ou moins diarrhéiques, on peut penser à une entéro-colite banale. Cependant, dans la lymphogranulomatose, les choses ne s'améliorent pas. La maladie traine en longueur.

Dans d'autres cas surviennent quelques vagues douleurs à forme de colique intestinale, avec présence sur les matières fécales, de glaires analogues au blanc d'œuf, en longs rubans muco-membraneux.

On est amené à envisager l'hypothèse d'une entéro-colite muco-membraneuse. Mais les symptômes généraux qui accompagnent l'entérite ne se retrouvent pas au cours de la lymphogranulomatose. Le malade ne présente pas de troubles nerveux, d'insomnie, d'agitation nocturne. L'amaigrissement ne s'observe pas aussi fréquemment, pas plus que les poussées fébriles intenses plutôt fréquentes dans les recto-colites.

Dans ce même domaine et par suite du ténesme et des évacuations muco-purulentes qui se produisent à l'occasion ou dans l'intervalle des selles, il serait logique d'envisager la possibilité d'une dysenterie. L'allure générale de la maladie, l'absence de selles nombreuses d'ailleurs tout à fait caractéristiques et d'un mouvement fébrile accentué, peuvent rapidement pourtant, nous faire abandonner ce diagnostic. Enfin, le séro-diagnostic pour la dysenterie bacillaire, la recherche directe de l'amibe, ou l'inoculation dans le rectum du chat, dans la

forme amibienne nous confirmeront qu'il ne s'agit pas en réalité d'une dysenterie.

Ces dernières épreuves sont absolument nécessaires, car en pratiquant le toucher ,on a pu constater des ulcérations rondes, à bords taillés à pic succédant à l'élimination des escharres de la muqueuse et qui sont le fait de la dysenterie. Leur diagnostic étiologique ne peut être fait que par l'examen du laboratoire.

D'autres ulcérations peuvent être constatées au niveau de l'anus et du rectum. La blennorragie rectale peut occasionner des excoriations fissuraires au niveau des plis rayonnés de l'anus. Le chancre mou revêt fréquemment l'aspect d'une fissure. La tuberculose sous la forme typique d'ulcère du rectum présente d'ordinaire des dimensions volumineuses. Elle revêt un aspect de grande plaque arrondie. Ses bords sont décollés, violacés et flottants, autour de l'ulcération, la muqueuse est infiltrée.

De même, l'altération variqueuse des veines ano-rectales peut occasionner à ce niveau des lésions qui vont de la simple fissure à « l'ulcération large de Malassez et Péan ».

L'examen attentif de ces diverses lésions; d'autre part la réaction spécifique de chaque affection, enfin le microscope, nous feront assez vite rejeter ces hypothèses.

Dans la forme sténosante, un certain nombre d'affections peuvent prêter à des erreurs de diagnostic. La discrimination de quelques-unes d'entre

elles peut être dans certains cas facilement établie. C'est le cas des hémorroïdes et des polypes du rectum.

S'il s'agit d'hémorroïdes, au doigt, nous aurons la sensation très nette d'une saillie souple et lisse. S'agit-il, au contraire, d'un polype du rectum, nous trouverons une tumeur pleine et un peu plus consistante, arrondie et pédiculée. La rectoscopie précise d'ailleurs le diagnostic.

L'idée d'un cancer du rectum, semble, en pratique plus difficile à éliminer.

Le diagnostic est surtout difficile au début; et c'est pourtant à ce moment que son importance est plus considérable, car dans l'hypothèse d'un néoplasme, le traitement et le sort du malade dépendent de la précocité du diagnostic.

A la période initiale des manifestations tumorales, la constipation, comme dans la maladie de Nicolas-Favre, alterne avec des débâcles pseudo-diarrhéiques. Celles-ci résultent de la stagnation même des matières et de la rectite glaireuse ou muco-membraneuse qu'elle provoque.

L'adénopathie cependant, peut parfois permettre de différencier les deux affections. Au cas de cancer du rectum, les ganglions inguinaux sont petits, mobiles et durs, à l'inverse de la lymphogranulomatose. Mais une cause d'erreur peut souvent se manifester : grâce à une inoculation septique, ces ganglions peuvent devenir gros, se ramollir, et présenter de la fluctuation.

Souvent la notion de l'âge du sujet, des moins

de quarante ans en général, au cas de maladie de Nicolas-Favre, peut faire hésiter pour porter le diagnostic de tumeur maligne. Seules, la biopsie et la réaction de Frei nous fixeront d'une façon à peu près certaine. A une période plus avancée de la maladie, qu'il s'agisse d'une néoformation maligne ou d'une lymphogranulomatose, il est plus facile au clinicien de conclure à l'une ou l'autre de ces affections.

S'il s'agit d'un cancer, on a en général affaire à un sujet âgé de quarante à soixante ans. Les pertes que présente la malade ont une fétidité ichoreuse. Le processus tumoral envahissant ses parois, le rectum devient immobile et cartonné, au toucher. La cachexie progressive fait son apparition avec la coloration jaune-paille des téguments ? A ce moment-là, le doute n'est guère plus possible. Car cet état ne s'observe pas dans la lymphogranulomatose ano-rectale, si ce n'est à une période ultime. D'ailleurs, les diverses méthodes que nous avons signalées pour établir le diagnostic de maladie de Nicolas-Favre, ne pourraient pas permettre semble-t-il cette erreur.

Quant au syphilome ano-rectal, nous avons déjà exposé les opinions qui ont cours actuellement sans nier formellement l'existence de formes sténosantes. Les réactions sérologiques seront d'ailleurs, en ce cas, d'une grande importance pour établir le rôle de la syphilis dans l'origine du rétrécissement.

F) Pronostic.

Le pronostic de la lymphogranulomatose ano-rectale n'est pas superposable à celui des lésions inguinales. Dans la forme typique de maladie de Nicolas-Favre, c'est-à-dire dans la poradénite vénérienne, il est relativement bénin. Très souvent, les lésions finissent par disparaître sous l'influence d'un traitement médical ou chirurgical.

Dans les localisations intestinales, il n'en est pas de même. La formule ulcéreuse paraît résister à toute thérapeutique (émétique excepté, qui n'a pu être appliqué dans notre cas). Dans la forme sténosante, si le rétrécissement est ancien et est devenu très serré, le pronostic est des plus réservés et les médications ordinaires seront inopérantes.

TRAITEMENT

Après avoir ainsi établi la possibilité et l'existence réelle de la lymphogranulomatose comme facteur important dans la genèse des rétrécissements du rectum, il convient d'étudier les moyens propres à combattre cette affection.

Il est évident que si nous nous trouvons en présence d'une sténose constituée, sténose fibreuse, le traitement sera assez décevant.

Notre action thérapeutique s'exercera surtout à la période de début, alors que la striction n'est point définitive et en est encore à sa période inflammatoire aiguë.

Le traitement mis en œuvre jusqu'ici est extrêmement différents suivant les auteurs. Les résultats sont aussi très variables et ceci en raison de la phase évolutive durant laquelle a été posé le diagnostic.

Deux méthodes sont en présence et souvent se combinent : une thérapeutique physique et une thérapeutique chimique.

Au point de vue physique, NICOLAS et FAVRE ont utilisé la radiothérapie après dilatation simple du rétrécissement. Quelques bons résultats s'en sont suivis.

Certains auteurs conseillent les injections intraveineuses d'antigène lymphogranulomateux.

Mais c'est surtout du côté de la thérapeutique chimique que s'est portée l'attention des cliniciens. RAVAUT et BENSAUDE pratiquent l'injection intraveineuse d'une solution de lugol à 1 % combinée à l'hyposulfite de soude en solution à 20 %.

BENSAUDE a également utilisé la gonacrine. Mais le médicament jusqu'ici le plus employé est l'antimoine. Récemment, SÉZARY et FACQUET se sont servis d'un sel trivalent : l'antimoine III, thiomalate de sodium. Ce dernier est un sel injectable dans les muscles et ne déterminant pas les violentes quintes de toux des composés de l'antimoine. SÉZARY fait une première injection de deux centigrammes. Ensuite, à trois ou quatre jours d'intervalle, il fait des doses successives de 4, 6, 8, 10 et 12 centigrammes. Les injections de 12 centigrammes sont continuées au rythme de deux par semaine et on en fait une série de quinze ou vingt.

L'injection se pratique dans les muscles de la fesse. Elle ne détermine pas de violentes douleurs, ni de toux. Le malade accuse vaguement quelques douleurs dans les épaules.

Cete méthode, d'après SÉZARY a une action bien nette. Tous les phénomènes inflammatoires dépendant de la lymphogranulomatose rétrocèdent et les

tuméfactions ganglionnaires disparaissent ou du moins diminuent de volume.

Si on consulte les divers auteurs qui se sont occupés de la question, il semble que c'est à l'antimoine qu'il faut songer pour obtenir le meilleur résultat possible dans le traitement des multiples manifestations de la maladie de Nicolas-Favre.

En effet, l'ablation chirurgicale des ganglions souvent pratiquée avec succès dans les formes inguinales ne semble guère applicable dans les sténoses du rectum.

CONCLUSION

1° La notion de localisation ano-rectale de la maladie de Nicolas-Favre est une acquisition récente bien établie par les constatations cliniques biologiques et les recherches expérimentales.

2° La lymphogranulomatose intestinale, infiniment plus rare que la forme inguinale se présente sous la forme ulcéreuse ou sous la forme sténosante.

La forme clinique la plus fréquente est celle qui se manifeste sous forme de rétrécissement ano-rectal. Elle semble gagner en faveur ce que perd le syphilome ano-rectal.

3° Le diagnostic repose sur les caractéristiques cliniques et sur la recherche fondamentale de la réaction de FREI.

4° Du point de vue thérapeutique, les mêmes médications ne sont applicables que pour la poradénie inguinale, mais elles sont bien moins efficaces.

Vu :
Le Président de Thèse,
E. ROQUES.

Vu :
Le Doyen,
E. BARDIER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Toulouse, le 27 octobre 1936.
Pour le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
Le Vice-Président,
P. THOMAS.

BIBLIOGRAPHIE

Pour les travaux antérieurs à 1922, se rapporter à la Thèse de PHYLACTOS.

***

PHYLACTOS. — Lymphogranulomatose des ganglions inguinaux (*Thèse de Lyon*, 1921-1922 - Université).

BENSAUDE (R.) et LAMBLING (A.). — Le rôle de la maladie de NICOLAS-FAVRE dans l'étiologie du rétrécissement inflammatoire du rectum. Etude de 21 cas par l'intradermo-réaction de FREI (*Compte rendu de la Société de Biologie*, 1931, Tome CVIII, pp. 1050 à 1053).

LEVADITI, RAVAUT et SCHOEN. — Nouvelles données sur la maladie de NICOLAS-FAVRE expérimentale du singe et de la souris blanche (*Société de Biologie*, 1932, t. CIX, pp. 1176 à 1179).

SENEQUE. — Maladie de NICOLAS-FAVRE, rétrécissement du rectum (*Presse Médicale*, 1932, t. I, pp. 22 à 24).

NICOLAS-FAVRE, MASSIA et LEBEUF. — Rétrécissement du rectum éléphantiasique et lymphogranulomatose inguinale (*Journal de Médecine de Lyon*, 1931, 20 mai).

Loederich (L.), Levaditi, Mamon et Beauchene (H.). — Rétrécissement inflammatoire du rectum : forme aberrante de la maladie de Nicolas-Favre. Inoculation au singe positive (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1932, p. 1072).

Hellerstrom. — Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose inguinale (*Annales des maladies vénériennes*, 1929, p. 1077).

Mocquot, Levaditi et Reine (L.). — Recto-colite primitive due au virus de la maladie de Nicolas-Favre (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, mars-avril 1935).

Wien (M.), Perlstein (M.) et Neiman (H.). — Inguinal lymphogranuloma in its relation to stricture of rectum (*Anls. Path.*, mars 1935).

Zorraquim (G.). — Rectal lymphogranulomatosis in women of city of Buenos-Aires (*Semana Medica*, 1934, t. II, p. 1242).

Weissenbach (R.), Martineau (J.) et M. Fourestier. — Maladie de Nicolas-Favre de type ano-rectal et vulvo-urétrovésicale avec incontinence d'urine (*Bulletin de Dermatologie*, 1934, t. XXXXI, p. 765).

Lambling. — Lymphogranulomatose rectale (Maladie de Nicolas-Favre) (*Revue Médicale Française*, 1934, p. 675).

Goutts (W. E.). — Génito-ano-rectal lymphogranulomatosis of anal (*Annales of Surgery*, 1934, t. 99, p. 188).

Nicolas-Favre, Lebeuf et Weigert. — Rétrécissement ano-rectal éléphantiasique, localisation aberrante de la maladie de Nicolas-Favre (*Bulletin de Dermatologie*, 1931, pp. 120 et 423).

Gate (J.) et Michel. — Un cas de maladie de Nicolas-Favre bilatéral (*Bulletin de Dermatologie*, 1929, p. 289).

Nicolas-Favre, Lebeuf et Charpy. — Intradermoréaction positive dans la maladie de Nicolas-Favre avec un antigène tiré d'une forme ano-rectale éléphantiasique de la maladie (*Bulletin de Dermatologie*, 1932, p. 24).

Bensaude et Lampling. — Maladie de Nicolas-Favre et lésions ano-rectales (*Paris Médical*, 1932, t. 83, p. 361).

Nicolas et Lebeuf. — Nature de la maladie de Nicolas-Favre (*Journal Médecine et Chirurgie*, 1933, p. 461).

Dury, Chene (P.) et Poirier (A.). — Maladie de Nicolas-Favre et rétrécissement du rectum (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1932, p. 902).

Tortat (A.). — Contribution à l'étude de la maladie de Nicolas-Favre (*Thèse Paris*, 1935).

Vannier. — Les formes cliniques des chancres lymphogranulomateux. Maladie de Nicolas-Favre (*Thèse Paris*, 1935).

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER. — *Le rétrécissement ano-rectal inflammatoire*..... 9

CHAPITRE II. — *Le rétrécissement d'origine lympho-granulomatosique*. 19

A. Etiologie. 19

B. Symptomatologie. 22

C. Diagnostic positif..... 34

D. Diagnostic étiologique..... 41

E. Diagnostic différentiel..... 43

F. Pronostic. 48

Traitement. 49

CONCLUSION. 53

BIBLIOGRAPHIE. 55